

Änderungsvorschlag für den OPS 2014

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexbcodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum OPS entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg
Offizielles Kürzel der Organisation *	MDK Baden-Württemberg
Internetadresse der Organisation *	www.mdkbw.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Beate
Vorname *	Waibel
Straße *	Ahornweg 2
PLZ *	77933
Ort *	Lahr
E-Mail *	beate.waibel@mdkbw.de
Telefon *	078219381193

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *
Offizielles Kürzel der Organisation *
Internetadresse der Organisation *
Anrede (inkl. Titel) *
Name *
Vorname *
Straße *
PLZ *
Ort *
E-Mail *
Telefon *

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Präzisieren einiger Punkte im Anhang zum OPS:PKMS

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

1. In den Hinweisen zur Nutzung:

Damit ein Leistungsmerkmal zutrifft, muss

1. eine "volle Übernahme" der pflegerischen Tätigkeiten durch das Pflegepersonal erforderlich sein und
2. einer der Gründe für hochaufwendige Pflege in dem entsprechenden Leistungsbereich vorliegen und
3. ein entsprechend aufgeführtes Pflegeinterventionsprofil zutreffen.

2. In der Regel kann die Pflegedokumentation auf einem PKMS-Vordruck durchgeführt werden und die vorhandene Pflegedokumentation in den vorgegebenen Leistungsbereichen ersetzen.

Ergänzung: Aus dieser PKMS Dokumentation muss hervorgehen, welche PKMS Gründe und Maßnahmen für welchen Tag geltend gemacht werden.

3. Dabei ist zu beachten, dass es sich hier überwiegend um Dokumentationsanteile handelt, die bereits bei hochaufwendigen Patienten zur Standardpflegedokumentation gehören wie z.B.

Dekubitusrisikoeinschätzung, Lagerungsplan, Ernährungsprotokoll usw.

Ergänzung: Sonst ist die Abzeichnung der Maßnahme durch die jeweilige(n) durchführende(n) Pflegeperson(en) ausreichend.

4. Änderung: Die Dokumentation der Gründe für hochaufwendige Pflege erfolgt einmal bei der stationären Aufnahme der Patienten, sie muss mindestens einmal wöchentlich bestätigt werden und immer bei Änderungen der Gründe im Rahmen des stationären Aufenthaltes.

5. PKMS Erwachsene: Erschwernisfaktor bei G5 in allen Leistungsbereichen: Ersetzen von "fehlende Kraft zur Eigenbewegung" durch "fehlende Fähigkeit, Mikrobewegungen im Rumpfbereich durchzuführen"

6. PKMS -Erwachsene: bei G10 im Leistungsbereich Körperpflege: Steichen der "fehlenden Selbständigkeit"

7. PKMS Erwachsene: bei B3 Volle Übernahme der Nahrungsverabreichung und Maßnahmen zur Vorbereitung vor jeder Mahlzeit (4 Mahlzeiten)

8. PKMS Erwachsenen: bei C3 im Bereich der zusätzlichen Aspekte: Neuaufnahme einer Mindestzahl bei den 2 Pflegepersonen: volle Übernahme der Ausscheidungsunterstützung mit 2 Pflegepersonen mindestens 4 x tgl

9. Einfügen eines Handzeichens beim Gehtraining bei D4

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags ***a. Problembeschreibung**

ad1: Es werden immer wieder Patienten eingestuft, bei denen die Grundvoraussetzung (A3) gar nicht vorliegen. Deshalb sollte hier noch mal klargestellt werden, dass eine volle Übernahme Grundvoraussetzung ist.

ad2: Zunächst sollte der Verweis auf die Homepage des Deutschen Pflegerates gestrichen werden. Dort findet man keinen Vordruck. Die Ergänzung hat den Grund, dass von vielen Kliniken nicht die PKMS-Bögen verwendet werden und man muss sich dann aus der gesamten Akte raussuchen, welche Gründe und Maßnahmen die Klinik für jeden Tag gemeint hat bzw. gemeint haben könnte. Insbesondere problematisch, wenn zu Beginn viele Gründe angegeben werden.

ad3: Es ist immer wieder strittig, wer eine durchgeführte Maßnahme abzeichnet. Dies betrifft insbesondere die Maßnahmen durch 2 Pflegepersonen, aber teils ist es auch möglich, dass eine Pflegeperson die Maßnahmen für eine gesamte Schicht anhand der Planung abzeichnet. Es ist aber nicht die Planung maßgeblich, sondern die wirkliche Durchführung.

ad4: Aus der Prüfpraxis hat sich ergeben, dass sich bei vielen der Patienten die Gründe doch während eines Aufenthaltes ändern bzw. nicht mehr zutreffend sind. Dies findet sich aber oft nicht in den Unterlagen. Die Maßnahmen werden erbracht und die Punkte werden durchgezählt. Durch eine Bestätigung einmal pro Woche findet eine erneute Evaluation durch das Personal statt.

ad5: Der Erschwerisfaktor "fehlende Kraft zur Eigenbewegung" wird extrem häufig angegeben und wird auch sehr unterschiedlich verstanden. Teils werden darunter bereits Patienten verstanden, die nicht selbständig gehen können, andere verstehen darunter erst Patienten, die sich gar nicht (auch nicht die Arme) bewegen können. Durch diese Unklarheit wird der Kode "aufgeweicht". Die Änderung der Formulierung präzisiert die Schwere der Einschränkungen.

ad6: Unter einer fehlenden Selbständigkeit wird teilweise verstanden, dass darunter bereits die Patienten fallen, die nicht selbständig sind, die also auch nur eine geringe Unterstützung benötigen

ad7: Oft besteht das Missverständnis, dass diese Maßnahme auch dann zählt, wenn der Pat. selbständig essen kann; die Grundvoraussetzung der vollen Übernahme bei der Nahrungsaufnahme wird nicht gesehen

ad8: Hierunter fallen derzeit auch Patienten, die mit einem Dauerkatheter versorgt sind und bei denen einmalig eine Unterstützung beim Einlagenwechsel mit 2 Pflegepersonen erforderlich ist. Durch die Ergänzung einer Mindestzahl wird die Fallschwere erhöht.

ad9: Es fällt auf, dass teilweise jede Mobilisation mit dem Patienten, z.B. zum Waschbecken oder zur Toilette als Gehtraining angesehen wird; eine Zusatzdokumentation im Sinne: welche Einschränkungen bzw. Probleme liegen vor und welche Maßnahmen beim Gehtraining werden durchgeführt, wäre sinnvoll

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

wichtig, da durch relativ unsprazise und interpretierbare Begriffe der Kode "aufgeweicht" wird, sodass auch weniger aufwändige Patienten die erforderlichen Punkte erreichen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | | | | |
|-------------------------------------|---------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Standard | <input type="checkbox"/> | Etabliert | <input type="checkbox"/> | In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> | Experimentell | <input type="checkbox"/> | Unbekannt | | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

- e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

 - f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

 - g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.
8. **Sonstiges** (z.B. Kommentare, Anregungen)